附件2

 单位同意报考及工作经历证明

兹证明， 同志，性别 ，为我单位（在编在岗、临聘、劳务派遣）工作人员，身份证号 ，该同志于 年 月至 年 月在本单位从事 工作，近三年内年度考核等次：2017年 ，2018年 ，2019年 。我单位同意其参加2020年湘潭高新区公开招聘卫生机构专业技术人员考试，若该同志通过招聘考试，同意协助办理相关手续工作。

 单位盖章

 2020年 月 日